

Educação Permanente no Âmbito do Controle Social no SUS: a experiência de Porto Alegre - RS¹

Continuing Education in the context of Social Control of Brazilian's Health Service (SUS): the Porto Alegre experience

Heloisa Helena R. de Alencar

Médica Sanitarista. Assessora técnica do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Endereço: Rua José do Patrocínio, 120/702, Cidade Baixa, CEP 90050-000, Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: heloalencar@hotmail.com

¹ Este artigo foi baseado no trabalho apresentado à 3ª edição do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, 2008, tendo recebido prêmio na categoria de "Experiências Exitosas".

Resumo

O artigo relata a experiência do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Porto Alegre, a partir da implantação do Programa de Educação Permanente, cuja metodologia vem potencializando a prática da atuação do CMS, numa relação positiva de organização social mobilizada na defesa dos direitos sociais. Com o objetivo principal de instrumentalizar os conselheiros para o acesso e compreensão das informações relacionadas à área da saúde, melhorando a sua interlocução e protagonismo no controle social do SUS, a metodologia desenvolvida leva em conta a heterogeneidade do grupo de conselheiros, que, enquanto coletivos, estão reunidos nos diferentes segmentos lá representados, e enquanto indivíduos têm trajetórias distintas no exercício da representação política. Os resultados deste trabalho se evidenciam na forma como o CMS tem protagonizado, na cidade e na rede de controle social, o debate acerca da política de saúde, fazendo a defesa intransigente do direito à saúde, bem como conquistando o respeito ao seu papel deliberativo no âmbito do SUS. Para tal, foi fundamental garantir, no processo de Educação Permanente desenvolvido, a autonomia e autoria do Conselho de Saúde.

Palavras-chave: Educação permanente; Controle social; Autonomia.

Abstract

The paper reports the experience of the local health council (CMS) in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, from the introduction of a Program of Continuing Education, with a methodology that made it possible to boost its actions, in a positive relation of social organization mobilized in the defense of social rights. The main objective was to provide the councilors with tools for accessing and understanding health-related information, so that their communication and protagonism in the social control of the SUS could be improved. This methodology is still being developed; it takes into account the heterogeneity of the group of councilors, who have distinct individual paths in the exercise of political representation. The results of this work are perceived through the enhanced participation of the CMS in municipal debates about health policies. The council has been at the center of the network of social control, making the intransigent defense of the right to health, and has also conquered the respect to its deliberative role in the SUS's management. In order to achieve these results, it was essential to guarantee, in the process of Continuing Education, the autonomy and authorship of the Health Council.

Keywords: Continuing Education; Social control; Autonomy.

Introdução

O presente artigo relata a experiência vivenciada no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, desde 2006, quando foi criado o Programa de Educação Permanente, tendo como norte a Resolução nº 354/05 do Conselho Nacional de Saúde. Esta resolução estabelece as Diretrizes para uma Política de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, e tem se mostrado uma referência importante no contexto estadual, enquanto uma ação protagonizada pela própria instância municipal de controle social.

Pretende-se apresentar os resultados positivos do processo de educação permanente que vem sendo desenvolvido junto aos conselheiros do município de Porto Alegre. A metodologia de trabalho nele utilizada vem permitindo potencializar a prática da atuação do CMS, numa relação positiva de organização social mobilizada na defesa dos direitos sociais.

Revendo a Participação Social na Saúde

Para que se compreenda melhor o contexto em que ocorre a presente experiência, é importante fazer um breve histórico da participação social no campo da saúde em Porto Alegre.

No final dos anos oitenta, período em que se configurava a transição democrática em nosso país, o Movimento da Reforma Sanitária propunha uma nova forma de organização do sistema de saúde, e que culminou no texto Constitucional, inscrevendo um dos capítulos mais significativos da legislação brasileira, no sentido de uma política pública de inclusão social, concebendo o Sistema Único de Saúde - SUS (CNS, 1986).

Era um momento de efervescência política, em que os movimentos sociais se organizavam em torno de reivindicações por melhores condições de vida e trabalho. A saúde, neste contexto, clamava por uma nova ordem (Faleiros e col., 2006).

Em Porto Alegre datam deste período as primeiras grandes lutas populares pela garantia de serviços públicos de saúde que atendessem as necessidades existentes, especialmente para as comunidades de baixa renda.

Foi assim a ocupação do Posto de Atendimento Médico 3 (PAM-3), que pertencia à época ao INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) e que havia fechado a emergência pediátrica. A população e os trabalhadores do “Postão”, como era conhecido o PAM-3, uniram suas forças e ocuparam o prédio, exigindo das autoridades (federais, estaduais e municipais) a reabertura da emergência, propondo, já num “formato SUS”, que o município assumisse a gestão do serviço, caracterizando-se, assim, a primeira ação de municipalização na cidade, antes mesmo da efetiva regulamentação do SUS.

Este fato marcou a história da saúde e do controle social em Porto Alegre, e hoje, vinte anos depois, ainda é comemorado como uma iniciativa a ser lembrada.

A partir deste episódio, vários movimentos populares se sucederam, sempre tendo o Conselho Municipal de Saúde como protagonista dessas ações. Assim ocorreu em 1996, quando foram concluídas as obras do Pronto Atendimento Bom Jesus: o CMS vetou a proposta do gestor municipal de que a iniciativa privada gerenciasse o serviço.

Houve outra participação importante do Conselho Municipal de Saúde na “ocupação” do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, em 2000, exigindo a sua municipalização, ao invés da privatização pretendida pelo gestor federal da época. Nos anos que se seguiram, o Sistema Municipal de Saúde foi sendo organizado em um clima de estabilidade na participação do controle social devido a dois fatores. De um lado, a postura dos gestores municipais, de sempre buscar a participação e parceria do Conselho Municipal de Saúde; de outro, a reeleição por três vezes de sua coordenação..

No final de 2003, o CMS elegeu uma nova coordenação, em chapa única, alterando o Núcleo de Coordenação e a forma de organização interna. Neste processo de mudança, já era sentida a necessidade de ampliar e potencializar a participação das pessoas, em especial dos conselheiros. No contexto nacional, também se avaliava como necessária a capacitação de conselheiros, oferecendo uma qualificação para que o controle social no SUS fosse melhorado e acentuado.

No ano de 2006, por ocasião do início de uma nova gestão do CMS, procedeu-se a um debate inter-

no sobre a necessidade de um projeto de educação permanente, seguindo as diretrizes propostas pelo Conselho Nacional de Saúde. As experiências anteriores de capacitação de conselheiros, de caráter episódico e dependentes de incentivos externos, foram importantes para indicar a educação permanente como um instrumento estratégico na potencialização do controle social. Tratava-se de encontrar um caminho com maior autonomia, na medida em que a gestão municipal não se mostrava aberta à participação social.

A proposta de um processo permanente, vinculado à própria dinâmica das questões que se apresentam no cotidiano de uma estrutura de controle social, configurava-se como algo novo, que apresentava no seu caráter inédito um desafio a ser vencido. Esta experiência é o objeto do presente relato.

Um dos propósitos estabelecidos pelo Programa de Educação Permanente foi o de instrumentalizar os conselheiros para acesso e compreensão das informações relacionadas à área da saúde, melhorando a sua interlocução e protagonismo no controle social do SUS. Esta necessidade era expressa pelos conselheiros em diversos momentos, nos debates do Plenário do CMS, nas Conferências de Saúde, nas Plenárias de Conselhos, etc.

Desta forma, o Programa de Educação Permanente estabeleceu entre seus principais objetivos:

- a) **socializar** informações ao conjunto de conselheiros, na medida em que o Sistema Único de Saúde é complexo, e as condições estabelecidas para a sua organização e funcionamento alteram-se sistematicamente e há necessidade de manter atualizadas estas informações;
- b) **qualificar** a tomada de decisões no âmbito do controle social no SUS, para que a ação do Conselho Municipal de Saúde tenha o protagonismo que lhe cabe, e não seja uma mera formalidade homologatória das ações governamentais;
- c) **aprofundar** conhecimentos entre os conselheiros e membros das Comissões internas do CMS, aprimorando a sua atuação;
- d) **ampliar** a participação das pessoas em defesa da saúde, uma vez que se trata de uma das políticas potencialmente mais inclusivas em nosso país;
- e) **difundir** na sociedade o papel do controle social, previsto na Constituição Brasileira, a *Constituição*

Cidadã, na gestão das políticas públicas;

f) **estimular** as pessoas a assumirem a função de conselheiro de saúde, engajando-se nas questões locais e no âmbito da cidade;

g) **ampliar** a participação dos conselheiros na organização e planejamento do funcionamento do CMS, numa metodologia de gestão ampliada e corresponsável;

h) **potencializar** a ação do controle social na defesa dos direitos da população, dando-lhe visibilidade pública;

Metodologia

Conselhos de Saúde têm seu funcionamento determinado pelas relações entre usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviço e gestores, num processo permanente de negociação entre diferentes interesses no âmbito da política de saúde. Os processos educativos precisam levar em conta esta heterogeneidade se quiserem produzir as transformações desejadas pela maior parte dos conselheiros, em especial os usuários dos serviços de saúde.

A qualidade desse processo de negociação permanente, do qual resultam as deliberações e propostas para a política de saúde, depende do acesso dos conselheiros oriundos dos diferentes segmentos às informações e conhecimentos necessários para o exercício de seu papel e da interação entre os membros do conselho. O mesmo ocorre com a capacidade efetiva de exercer o controle sobre a gestão em saúde e avaliar seus resultados.

Essas constatações estão expressas com clareza no documento que propõe as Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS:

Essas relações que têm como contexto a representatividade, a qualificação e a capacidade de formulação de seus membros, a visibilidade de suas propostas, a transparência de sua atuação, a permeabilidade e a comunicação com a sociedade vão definir em cada Conselho de Saúde a qualidade de sua ação (Brasil, 2006).

O processo de estruturação do Programa de Educação Permanente desenvolvido em Porto Alegre está dividido em duas grandes etapas, a saber:

1ª etapa: Diagnóstico e Plano de Ações

Uma etapa inicial de Avaliação e Planejamento foi desenvolvida através de um levantamento junto aos 13 Conselhos Distritais de Saúde (CDS) para conhecer a situação da organização e funcionamento dos mesmos. Com a colaboração dos coordenadores dos CDS, foi elaborado um questionário *ad hoc* que avaliou as condições de infra-estrutura e funcionamento, a composição e a organização da rede descentralizada de controle social. Dos 13 Conselhos Distritais existentes, 10 responderam ao questionário. A sistematização deste levantamento pode ser resumida no quadro 1.

Os dados levantados demonstraram a necessidade de se melhorar as condições de estrutura física (recursos logísticos de comunicação e informação e arquivo de documentação, principalmente), bem como permitiram identificar que, apesar da falta de estrutura, os CDS conseguem ter uma regularidade de reuniões e realizam as eleições para os seus núcleos de coordenação, com uma presença importante de usuários.

A partir deste levantamento, agregou-se a avaliação da coordenação do CMS e suas Comissões sobre seu funcionamento e organização, e foi realizado durante um dia inteiro, o primeiro Seminário de Avaliação e Planejamento do CMS, que contou com a participação de 54 membros

Para o Seminário foram convidados dois colaboradores, que contribuíram para o debate sobre o papel dos Conselhos de Saúde e a Política de Educação Permanente para o Controle Social.

No momento final, foram definidas as metas para o planejamento das ações e apontadas as principais diretrizes para investimentos em infra-estrutura bem como para a organização do Conselho e suas instâncias descentralizadas (Anexo).

2ª etapa: Desenvolvimento do programa propriamente dito

Um dos assuntos debatidos no Seminário foi onde ficou evidenciada a necessidade de melhorar o acesso e a compreensão das informações relativas às questões da área da saúde, e que deu origem a uma proposta, apresentada ao Núcleo de Coordenação, de capacitação dos conselheiros através do que foi denominado o “Módulo Introdutório”.

Quadro 1 - Condições de estrutura e funcionamento dos Conselhos Distritais de Saúde em Porto Alegre - 2007

Infra-Estrutura			Composição				Funcionamento						
Local de funcionamento	sim	Não	gestor	Sim	Não		calendário fixo	sim	não respondeu				
	7	3		9	1			9	1				
telefone	sim	Não	prestador	Sim	Não								
	3	7		0	10								
e-mail	sim	Não	trabalhador	Sim	Não		regimento interno	sim	não	não respondeu			
	1	9		9	1			3	4	3			
sala/sede exclusiva	sim	Não									usuário	Sim	Não
sala para reuniões	sim	Não		10	0			7	3	2			
	7	3											
arquivo/armário p/ documentos	sim	Não	Sim	Não		7	1	2					
	3	7							paritária	Sim	Não		
Micro-computador	sim	Não	4	6									
	2	8											
impressora	sim	Não	coordenação paritária	Sim	Não	não respondeu	Acompanha mento dos CLS	7	1	2			
	0	10		2	2	6							
fax	sim	Não	coordenação	Trabalhador	usuário	não respondeu							
	0	10		2	6	2							
apoio administrativo	sim	Não		2	6	2							
	0	10											

Para esta capacitação foram priorizados os conselheiros que compõem o Plenário, os Conselheiros dos CDS e os membros das Comissões Internas. O Curso foi desenvolvido em treze encontros semanais de 3 horas, em metodologia expositivo-dialogada, oficinas, apresentação de filmes e vídeos institucionais. A metodologia previu a possibilidade de inclusão de temas no decorrer do curso, permitindo, assim, espaço para a troca de informações, experiências e consolidação de conhecimentos trazidos pelos participantes. Procurou-se respeitar e trabalhar a

partir da grande variedade de experiências cognitivas em relação ao trato com os documentos e textos oficiais, dados e informações técnicas e formas de saber e compreender a participação social.

A temática abordada visou proporcionar informações e conhecimentos a respeito do Sistema Único de Saúde, contemplando todos os seus aspectos (Quadro 2). Para tal, foi elaborado material didático, com linguagem acessível e que foi disponibilizado aos participantes, juntamente com textos auxiliares e uma ficha de avaliação do programa.

Quadro 2 - Temas abordados na capacitação de Conselheiros de Saúde, Porto Alegre, 2006

Temas
1 - A Saúde no Brasil - Aspectos da história e construção do SUS
2 - Estrutura e funcionamento do SUS
3 - Municipalização - O processo de descentralização da gestão (NOBs, NOAS, Pacto pela saúde)
4 - Regionalização/territorialização - racionalizando recursos para garantir o acesso o mais próximo possível
5 - O Financiamento no SUS - a participação tripartite, os fundos de saúde e o conceito de seguridade social
6 - O Financiamento no SUS II - Os Orçamentos Públicos em Saúde
7 - Gestão Financeira - gastar bem e aumentar os recursos existentes
8 - Plano Municipal de Saúde :o planejamento como instrumento de gestão da política de saúde
9 - O Controle Social no SUS - A história da participação popular em Porto Alegre
10 - O Controle Social no SUS - Aspectos históricos, conceituais e legais
11 - Auditoria, controle e avaliação e as Centrais Reguladoras
12 - Atenção Básica e Saúde da Família: estratégias para a Política Nacional de Promoção da Saúde

A avaliação dos participantes restringiu-se a frequência, tendo sido fornecidos certificados a todos que tiveram pelo menos 50% de presença nos encontros, o que correspondeu a 26 participantes.

Este trabalho foi desenvolvido no segundo semestre de 2006. A partir desta experiência, optou-se por dar continuidade ao processo de capacitação através de alguns temas prioritários e pontuais, e iniciamos pelo tema da contratualização dos Hospitais Filantrópicos e Universitários, que estava em debate na época, seguido de outros três temas definidos pelo grupo (Gestão Financeira, Saúde Mental e Saúde Bucal).

Esta etapa, que foi denominada de “Módulo Avançado”, onde cada tema era trabalhado em vários encontros, de acordo com a necessidade dos participantes, contou com a presença de 9 alunos, que passaram a constituir a Comissão de Contratualização, encarregada de representar o controle social junto às Comissões de Acompanhamento dos Contratos nos hospitais contratualizados de Porto Alegre.

Foram realizadas novas edições do Módulo Introdutório, no segundo semestre de 2007 e de 2008, desta vez com vagas para pessoas que participam dos CDS, trabalhadores de saúde, e pessoas da comunidade ainda não atuantes nas estruturas de controle social. Foram certificados mais 53 participantes.

A partir de 2008, o Plano de Ações propôs que o Módulo Introdutório fosse ministrado em cursos descentralizados nas regiões, para permitir uma maior participação dos usuários. Adequou-se o material didático, e a carga horária foi concentrada em dois sábados inteiros, constituindo o que se denominou *modelo intensivo*. Até agosto de 2009, foram realizados quatro cursos descentralizados, atingindo um total de 122 conselheiros capacitados. Esta estratégia mostrou-se efetiva para atingir pessoas que ainda não atuavam como conselheiros, potencializando a ampliação da participação social no controle das ações e serviços de saúde nas regiões.

Outras modalidades de Intervenção

Seminários Temáticos

O Programa de Educação Permanente tem como proposta metodológica oportunizar, de diversas formas, o debate sobre os temas em pauta.

Desta forma, a Comissão de Educação Permanente do CMS organizou e divulgou materiais em forma de *Seminários Temáticos*, abertos a todos os interessados, para os quais tem contado com a participação de pessoas convidadas, com grande experiência nas áreas e assuntos em debate. No ano de 2008, foram organizados 3 Seminários, a partir das demandas do Plenário, como relatado a seguir.

Na tarefa de fiscalização, acompanhamento e planejamento da gestão do SUS, a atuação do CMS nos processos de prestação de contas tem sido afirmativa, exigindo do gestor municipal a apresentação de Relatórios de Gestão consistentes, que contivessem os indicadores e as metas pactuadas, bem como análises e informações necessárias para uma apreciação adequada do processo de gestão.

O Plenário do CMS rejeitou os Relatórios de Gestão de 2007, e propôs, através de uma Minuta de Resolução, um novo formato e conteúdo para os Relatórios de Gestão da SMS, construído em conjunto com os técnicos da Secretaria. Esta questão havia sido levada ao Ministério Público Estadual na medida em que a argumentação do gestor municipal era de que o CMS não tinha capacidade para analisar os referidos documentos. Esta questão resultou na realização de um Seminário Temático sobre o assunto, que contou com a participação de uma auditora do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), reunindo um público de 32 pessoas, na sua maioria conselheiros.

Da mesma forma, o segundo Seminário Temático, que reuniu 20 conselheiros, versou sobre a gestão financeira e os processos envolvidos na execução orçamentária, e contou com a presença do coordenador do Fundo Municipal de Saúde e do Coordenador adjunto da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado. O Relatório Anual de Gestão do ano de 2008 também não teve aprovação do Plenário, após análise da Secretaria Técnica do CMS, que elaborou um parecer bastante consistente que foi debatido e referendado pelo Plenário.

O Conselho Municipal de Saúde organizou o terceiro Seminário Temático sobre a Estratégia de Saúde da Família, para compreender e posicionar-se frente à situação vivida em Porto Alegre quando foi contratada uma OSCIP paulista para gerenciar a Estratégia de Saúde da Família. O objetivo deste seminário foi ampliar o conhecimento dos conselheiros e da população em geral sobre este tema, preparando-os para o debate, buscando uma intervenção protagonista na condução deste problema.

Oficinas / Grupo de discussão

Outra modalidade de intervenção foram as *oficinas* ou *grupos de discussão*, realizadas quando há necessidade de deliberar sobre um assunto que

exige análise e que tem potencialidade para ampliar conhecimentos e informações estratégicas para os conselheiros. Nestes casos, quando há um interesse manifesto do conjunto dos conselheiros, tem-se optado por organizar estes grupos de discussão, ao invés de encaminhar o assunto para a Secretaria Técnica do CMS. Exemplos destes debates foram a pactuação dos indicadores e metas para o ano de 2008, e a análise da proposta do Plano Municipal de Saúde.

Resultados

O Programa de Educação Permanente tem sido um importante instrumento para a potencialização da ação de controle social no SUS em Porto Alegre, na medida em que não ocorre em um momento específico, mas sim permeia de forma transversal e permanente a atuação do CMS, expandindo-se nas suas relações com os outros setores e esferas governamentais.

Alguns resultados já podem ser identificados, como descreveremos a seguir.

A partir do Seminário de Avaliação e Planejamento, estabeleceram-se diretrizes e metas para a coordenação do Conselho Municipal de Saúde. Entre as disposições definidas, tem sido elaborada a proposta orçamentária anual, por parte da Assessoria Técnica do CMS bem como os relatórios anuais de atividades, ambos apresentados e aprovados no Plenário.

Uma outra diretriz de ação apontou a necessidade de revisar o Regimento Interno e a Lei Municipal 277/92, que criou o Conselho Municipal de Saúde, alterando-os e adequando-os à Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi priorizada a discussão e reformulação do Regimento Interno, por representar maior nível de governabilidade e poder servir de experiência para o outro debate, considerado mais complexo, na medida em que envolve o Poder Legislativo.

O novo Regimento Interno, aprovado em novembro de 2007, instituiu uma nova estrutura para o CMS, adequando-a as necessidades atuais e às diretrizes da política de gestão participativa, com a inclusão da Comissão de Educação Permanente, de Comunicação, Informação e Informática, além de definir com mais clareza as instâncias descen-

tralizadas: Conselhos Distritais, Locais, Gestores e Câmaras Técnicas.

O debate do novo Regimento Interno proporcionou ao conjunto de conselheiros avaliar e propor as mudanças necessárias no modelo de funcionamento do CMS, incluindo aspectos da organização, dos fluxos internos, da comunicação, da sistemática das reuniões, das representações, etc.

Foi um processo importante de participação na gestão das demandas internas, mas também das questões que envolvem a atuação do controle social junto às outras instâncias, como o legislativo, judiciário, as outras esferas executivas, a relação com os movimentos sociais, Orçamento Participativo, etc, na medida em que o Regimento Interno é o instrumento principal que rege as relações internas e externas do Conselho.

A discussão do Regimento Interno levou os Conselhos Distritais de Saúde a elaborar seus próprios Regimentos Internos, definindo mais claramente sua composição, que passou a incluir diversas entidades locais, ampliando sua participação e o compromisso com as questões da saúde, num enfoque intersectorial.

Neste mesmo sentido, foi debatido e reformulado o Regimento Interno, a composição e o funcionamento do Conselho Gestor do CEREST regional POA, que de forma pioneira no Estado definiu as responsabilidades do município sede, bem como tornou mais claras as áreas de atuação do Conselho Gestor e da CIST municipal.

As atividades de capacitação, desde 2006, têm potencializado a ação do Conselho na defesa da saúde da população de Porto Alegre. Assim ocorreu no chamado “episódio dos implantes”, no final do ano de 2006, que foi anunciado na mídia como um projeto de “planejamento familiar” para adolescentes de baixa renda. Ele foi apresentado como projeto de grande mérito, na medida em que proporcionaria acesso a métodos “inovadores” (implantes hormonais sub-dérmicos) de alto custo, que seriam doados por uma ONG - o Instituto Mulher Consciente - que entre outras atividades dedicava-se à pesquisa.

Na medida em que este projeto não era de conhecimento do Conselho, e que havia fortes indícios de ingerência da indústria farmacêutica em sua finalidade, o CMS tomou para si a tarefa de abrir o

debate na sociedade, além de sustar a continuidade do processo através de Resolução até que fosse enquadrado o “novo” método contraceptivo dentro da Política Municipal de Planejamento Familiar.

Este debate envolveu o Ministério Público, estendeu-se para o Conselho Estadual e Nacional de Saúde, além de envolver ativamente entidades e Conselhos de outras políticas públicas, como da Mulher, da Criança e do Adolescente e Direitos Humanos. O processo teve papel importante para aglutinar os diversos segmentos que compõem o Conselho Municipal de Saúde, dando visibilidade ao seu papel de controle social, inserindo a participação popular como protagonista na defesa do interesse público. Pode-se dizer que esta experiência impulsionou um movimento de ampliação e renovação da participação dos conselheiros e de outras entidades nos debates que se seguiram.

Outro grande embate que ocorreu na cidade foi provocado pelo fechamento do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), que funciona dentro do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (o antigo PAM-3), onde também se localiza a única emergência psiquiátrica municipal. Tal fato teve o acompanhamento e a denúncia do Conselho Municipal de Saúde, que entendeu equivocada a atitude do gestor municipal na medida em que contrariava ordem judicial que determinava a manutenção dos serviços de emergência, no entanto acatando a intervenção do Conselho Regional de Medicina (CREMERS). O controle social novamente assumiu a defesa do interesse da população, que ficou por 21 dias sem a assistência de Urgência e Emergência do maior pronto atendimento da região (em torno de 300.000 pessoas).

A população, em conjunto com os servidores impedidos de trabalhar, ocupou o prédio, acompanhando as negociações, fiscalizando e denunciando as situações de urgência que não recebiam atendimento. O serviço foi reaberto, mas, no exercício de seu papel, o Conselho Municipal de Saúde ingressou com representação junto ao Ministério Público Estadual e Federal, e este processo continua tramitando nas instâncias judiciais, buscando a responsabilização do gestor público.

Da mesma forma assertiva atuou o Conselho Municipal de Saúde, frente à crise que se estabeleceu na gestão do Programa de Saúde da Família, e conse-

quentemente da rede de Atenção Básica, na metade do ano de 2007. O PSF de Porto Alegre tem, desde sua implantação, equipes terceirizadas através de convênios. A Fundação de Apoio à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS) mantinha este convênio com a prefeitura de Porto Alegre, tendo o mesmo sido renovado por quatro vezes. A falta de pagamento da taxa de administração cobrada pelos serviços prestados levou a entidade a decidir pela não-renovação do convênio, fato que foi anunciado à prefeitura sem que o gestor municipal respondesse. O impasse culminou na demissão em massa de mais de 700 trabalhadores, às vésperas da Campanha de Vacinação, deixando desassistida uma população de mais de 300 mil pessoas nas regiões de maior vulnerabilidade social.

Este fato teve grande repercussão e mais uma vez se estendeu às demais instâncias de controle social no SUS (CES e CNS). Foi encaminhado, pelo gestor municipal, um novo contrato de terceirização, desta vez com uma OSCIP de São Paulo (Instituto SOLLUS), sem nenhuma tradição em saúde, e sem a apreciação e aprovação do CMS. Este fato resultou em nova ação junto ao Ministério Público Estadual, Federal, e do Trabalho, bem como a análise do mesmo pelo Tribunal de Contas do Estado.

O debate da situação envolveu as entidades representativas das diferentes categorias profissionais que atuam no PSF, bem como as diversas entidades e representações das comunidades, em Reuniões Plenárias com mais de 200 pessoas. Por determinação do Ministério Público, o gestor municipal teve de encaminhar Projeto de Lei para o Legislativo Municipal, ainda no ano de 2008, criando os cargos na forma prevista na Constituição (Brasil, 2003), ou seja, através de Concurso Público. Ao mesmo tempo, o CMS efetivou uma minuciosa fiscalização nas prestações de contas do Instituto Sollus, detectando irregularidades, e encaminhando esta denúncia aos órgãos competentes (TCU, MPE, MPF e MP de Contas), o que culminou, recentemente, no encerramento do convênio com a OSCIP, e instauração de inquérito civil.

Com relação aos recursos financeiros, o CMS aprovou uma resolução que garante a aplicação de parte dos recursos previstos no contrato de municipalização do Hospital Materno Infantil Presidente

Vargas, (duzentos mil reais mensais), e que não vinha sendo utilizado para este fim, com isto direcionando os recursos necessários para as reformas e a manutenção do prédio, que estava em precárias condições de funcionamento, tendo sido objeto de ação fiscalizatória do CMS.

Dentro do processo de reorganização interna e ampliação da participação das entidades e comunidades no controle social do SUS, a Comissão de Fiscalização do CMS é um braço de atuação fundamental, na medida em que fiscalizar é uma atribuição essencial do exercício do controle social. A partir da avaliação originada no Seminário de Planejamento e Avaliação, de que a Comissão estava esvaziada, com pouca participação, e que as demandas oriundas de denúncias ou reclamações, bem como de projetos aprovados ou encaminhados que não tinham o adequado acompanhamento por parte do CMS, decidiu-se por reformular o formato da Comissão, agregando na sua composição representantes de usuários e de entidades de categorias profissionais (Conselhos, Sindicatos, Associações, etc). Desta forma, buscou-se somar os conhecimentos técnicos, que podem contribuir de forma especializada nos processos de fiscalização, com os conhecimentos dos usuários que podem contribuir para uma melhor análise da realidade local dos diferentes serviços.

Desta forma, estabeleceu-se uma sistemática em que as visitas de fiscalização, que são originadas, na maior parte das vezes, de denúncias encaminhadas ao CMS, reúnem os aspectos técnicos com a experiência e vivência local. Também se definiu por organizar as informações relativas aos estabelecimentos de saúde, através de arquivos que contém os projetos aprovados pelo CMS (obras, equipamentos, pesquisas ou projetos de intervenção, etc) para que também sejam alvo do olhar da Comissão, no momento das visitas.

Conclusões

A institucionalização de mecanismos de participação social foi bastante marcante na reforma do sistema de saúde brasileiro, como refere Côrtes (2000 p. 2):

Projetos e programas governamentais previam a criação de comissões ou conselhos que deveriam

ter entre seus componentes representantes da sociedade civil. Uma característica marcante da reforma do sistema de saúde brasileiro, durante os anos oitenta, foi a criação desse tipo de mecanismo participatório.

A participação social nas definições, proposições, controle e avaliação do sistema de saúde, ao mesmo tempo em que imprimiu avanços inegáveis e vitórias concretas, também se apresenta, ainda, em muitos aspectos, desprovida do poder político previsto na Constituição.

A necessidade, expressada com frequência por diversos representantes dos conselhos de saúde de todo o País, nos encontros e plenárias regionais, estaduais e nacionais de conselhos e conselheiros, de buscar conhecimentos e instrumentos que favoreçam o desempenho de suas atribuições legais e políticas, vem acumulando experiências e demandas que terminaram estabelecendo as diretrizes de uma política nacional voltada para a educação permanente no âmbito do controle social do SUS.

Uma questão fundamental a destacar é a necessidade da autonomia que devem ter os Conselhos de Saúde para formular os seus processos de educação permanente, protagonizando a definição das temáticas e do conjunto de informações necessárias ao melhor exercício de seu papel. É bastante frequente a elaboração de projetos e cursos de formação/capacitação para conselheiros de saúde que não levam em conta as necessidades objetivas que caracterizam a atuação cotidiana de um conselheiro. Além disso, as metodologias e referenciais pedagógicos muitas vezes não contemplam a diversidade e heterogeneidade dos grupos. Neste sentido, é desafiadora a formatação de experiências que possam atender estas premissas, socializando conhecimentos “técnicos”, de forma a que sejam “apropriados” por aqueles que voluntariamente se dispõem a atuar no controle social da política de saúde, em especial os usuários do SUS.

Referências

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: 1988. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - CNS, 8., 1986, Brasília, DF. *Relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. 29 p.

CÔRTEZ, S. M. V. Balanço de experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde brasileiro: construindo a possibilidade da participação dos usuários. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília. *Cadernos...* Brasília, DF: Ministério da Saúde. p. 23-42.

FALEIROS, V. P. et al. *A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. p. 297.

Anexo - Seminário de Avaliação e Planejamento do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, 12 de maio de 2007

Relatório Final de Propostas

1 - Estrutura e Orçamento

Estrutura Mínima

Conselho Municipal de Saúde - CMS

- Recursos Humanos - deverão ser selecionados pelo CMS, com critérios pré-estabelecidos;
- Aumentar espaço físico para incluir as novas Assessorias e Comissões;
- Impressora e copiadora;
- Estagiários de Nível Universitário (área da saúde), CCs para o CMS e 4 funcionários;
- Carro para deslocamento com motoristas;
- Página própria para os Conselhos Distritais de Saúde e para os Conselhos Locais de Saúde, com e-mail e administração independente;

- Acesso aos endereços dos CDS e CLS na página do CMS;
- Vales-transporte para conselheiros;
- Novos computadores;
- O CMS deve também buscar recursos fora do orçamento da SMS;
- Elaborar o orçamento do CMS, incluindo as necessidades dos Conselhos Regionais.

Conselho Distrital de Saúde – CDS

- Espaço físico (sala);
- computador com impressora e copiadora;
- Mesa para reuniões com cadeiras;
- Armário ou arquivo com chave;
- Telefone e e-mail;
- Gravador;
- Recursos Humanos: 01 secretária (carga horária de 8 horas) – funcionária ou estagiária.

Conselho Local de Saúde – CLS

- Sala para reunião;
- Acesso a telefone, computador, impressora e fotocópias;
- Apoio de funcionários;
- Ter um e-mail.

Encaminhamentos:

- Elaborar projeto através de uma comissão, com avaliação local das condições existentes;
- Cronograma para implantar primeiro onde os Conselhos estão funcionando;
- A Gerência Distrital deve ser acionada para fornecer as condições necessárias, especialmente de local;

- O CMS deve garantir receitas no orçamento para aquisição de móveis e equipamentos.

2 – Legislação e Funcionamento:

- Formar Grupo de Trabalho (em Plenário) para revisão da Lei 277 e do Regimento Interno;
- Regimento Interno contenha regramento eleitoral, competências e fluxos, regramento das Comissões Permanentes.
- Melhorar e ampliar a integração do trabalho das Comissões Permanentes com o Plenário e o Núcleo de Coordenação;
- Que todos os conselheiros estejam inseridos em alguma comissão com planejamento de metas e prazos;
- Que a Secretaria Executiva elabore manual de fluxos internos e externos mais recorrentes, a fim de socializar essas rotinas e avaliar se são adequadas ou não. Otimizar estes fluxos entre o Núcleo de Coordenação, Comissões e Secretaria Executiva;
- Ampliar a Comissão de Fiscalização, com a participação de representantes de entidades das categorias profissionais e dos Conselhos Distritais de Saúde.

3 – Capacitação e Assessoria:

- Constituir Comissão de Educação Permanente, para elaborar programa, com conteúdo, prazos e buscar recursos para este fim no Ministério da Saúde, junto à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa;
- Contratar Assessoria Jurídica, Contábil, Biblioteca, Informática e Comunicação.

Recebido em: 29/05/2011

Aprovado em: 15/09/2011